



УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

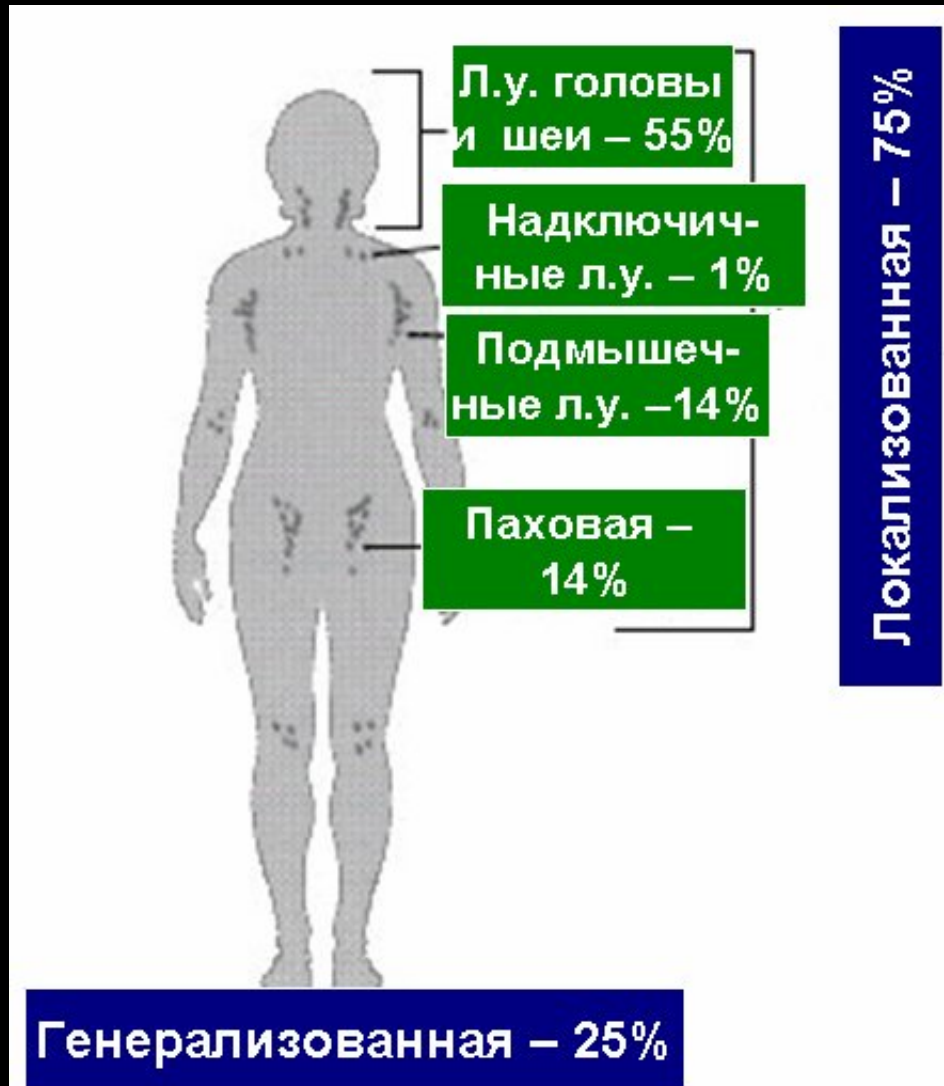
Кафедра инфекционных болезней

ЛИМФАДЕНОПАТИЯ:
ТАКТИКА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ

Н.В.Соловей

Минск 2013

Лимфаденопатия -



- изменение размеров (> 1 см), консистенции или количества л.у.
- около 600 л.у.
- только подчелюстные, подмышечные или паховые л.у. могут пальпироваться у здоровых пациентов
- локализованная (увеличение л.у. одной области) или генерализованная (увеличение л.у. двух и более не связанных между собой групп л.у.)

Локализованная лимфаденопатия

Шейные л.у.

- Инфекции
 - Стафилококковые и стрептококковые инфекции кожи головы и шеи
 - Инфекции полости рта (зубы!) и ЛОР-органов
 - Инфекционные поражения глаз
 - ВЭБ инфекция
 - ЦМВ инфекция
 - Токсоплазмоз
 - Туберкулез и атипичные микобактериозы
 - Феллиноз
 - Тулярия

- Новообразования
 - Лимфома
 - Опухоли головы и шеи (рото- и носоглотка, гортань, щитовидная железа, пищевод)
- Болезнь Кикучи (гистиоцитарный некротизирующий лимфаденит)
- Болезнь Kawasaki (шейная ЛАП + лихорадка, конъюнктивит, мукозит, сыпь, аневризмы коронарных артерий)
- Болезнь Кимуры (ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией)

Надключичные л.у.

- Высокая онконастороженность!
- Правые
 - Новообразования средостения, легких, пищевода
- Левые
 - Новообразования желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек, предстательной железы, яичников, яичек

Подмышечные л.у.

- Инфекции
 - Феллиноз
 - Инфекции кожи и мягких тканей верхней конечности, грудной клетки
 - Тулярия
- Новообразования
 - Рак молочной железы
 - Метастазы
 - Лимфома
- Силиконовые импланты молочных желез

Паховые л.у.

- Инфекции
 - Инфекции кожи и мягких тканей нижних конечностей (целлюлит)
 - Инфекции, передающиеся половым путем: первичный сифилис, генитальный герпес, шанкريد, венерическая лимфогранулема
- Новообразования: рак кожи нижних конечностей, шейки матки, вульвы, кожи туловища, прямой кишки и ануса, яичников, пениса

Локтевые л.у.

- Инфекции
 - Инфекции кожи и мягких тканей кисти и ладони
 - Феллиноз
 - Тулярия
 - Вторичный сифилис
 - Сперотрихоз
- Лимфома
- Саркоидоз



56% пациентов, обследуемых по другим причинам, имели ЛАП

Linnet et al. Postgrad Med 1977; 62: 210-3

Распространенность злокачественных опухолей по результатам биопсий измененных л.у. в референс-центрах **около 60%**

Lee Y, et al. J Surg Oncol 1980; 14:53

Частота злокачественных опухолей, диагностированных по данным биопсии л.у. в референс-центре по направлениям от специалистов первичного звена **около 17%**

Chau I, et al. Br J Cancer 2003; 88:354-61

475 пациентов старше
14 лет, наблюдение в
гематологической
клинике в среднем в
течении 69 месяцев

неспецифические
причины ЛАП – 58%

токсоплазмоз

лимфома

метастатический рак

туберкулез

инфекционный

мононуклеоз

5-8%

Vassilakopoulos TP, et al. Medicine
(Baltimore) 2000; 79:338

1727 пациентов,
направленных на
биопсию л.у.

неспецифический
лимфаденит - 31%

туберкулезный
лимфаденит – 31%

злокачественная
опухоль – 26%

Mohan A, et al. Natl Med J India
2007; 20:78

Как часто лимфаденопатия является признаком
серьезного заболевания (= онкогематологического)?

**2556 пациентов с лимфаденопатией
на приеме у терапевта**



256 пациентов (10%) – консультация узкого специалиста



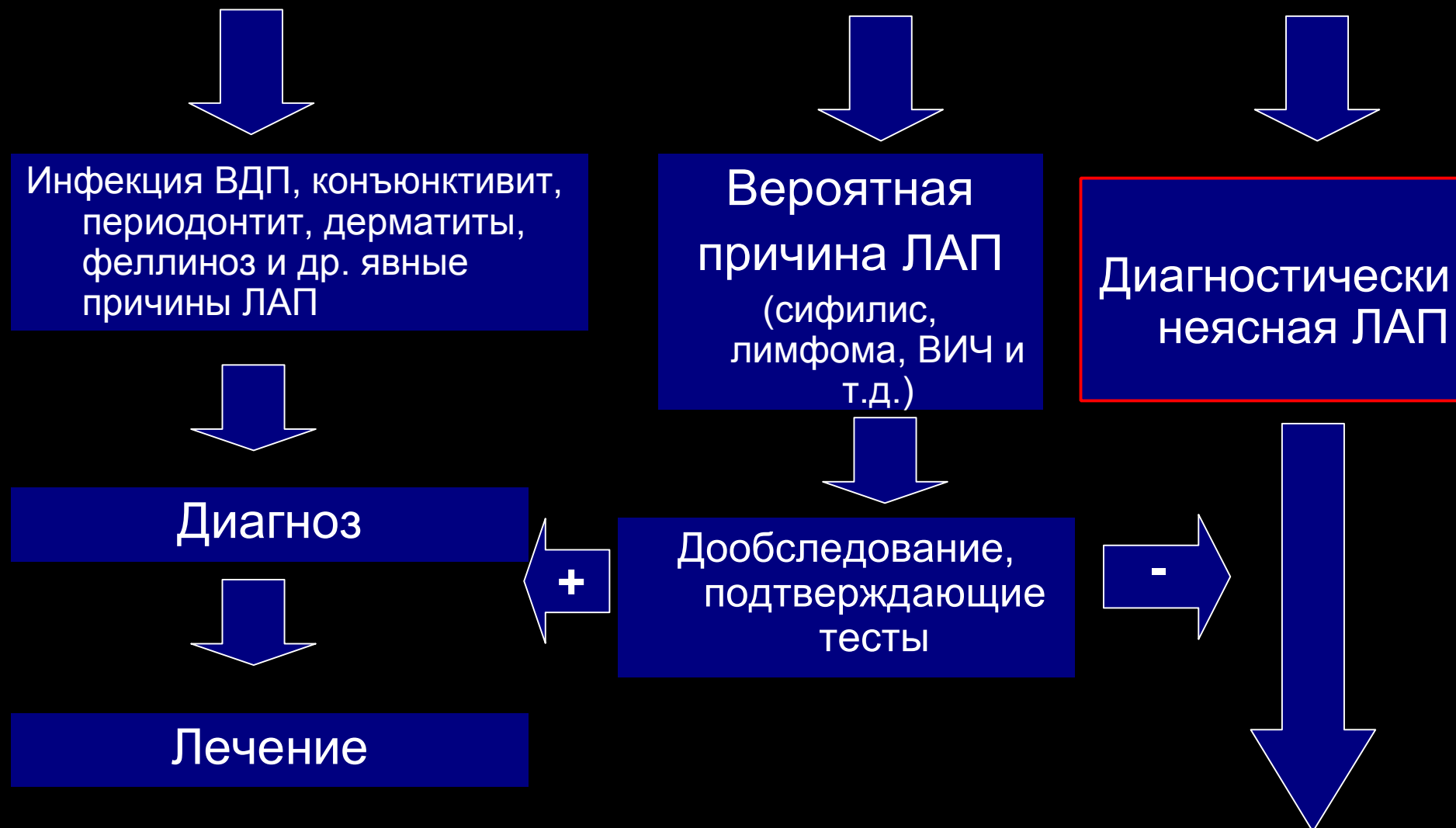
82 пациента (3,2%) – биопсия увеличенного л.у.



**29 пациентов (1,1%) – злокачественная опухоль
Риск: 4% у пациентов > 40 лет vs 0,4% младше 40 лет**

Тактика диагностики лимфаденопатии

Тщательные анамнез и физикальное обследование



Диагностически
неясная ЛАП

Генерализованная ЛАП

Локализованная ЛАП

Эпиданамнез

Лекарственный анамнез

ОАК, по показаниям
стерильная пункция

Серологическое исследование:
ВЭБ, ЦМВ, HbsAg, ВИЧ, ANA,
антикардиолипиновые АТ,
проба Манту, R ОГК....

Эксцизионная биопсия
наиболее
измененного л.у.

Диагностически
неясная ЛАП

Генерализованная ЛАП

Локализованная ЛАП

Тщательный анамнез, эпиданамнез, физикальное
исследование зоны дренирования лимфы

Высокий риск злокачественной или другой серьезной патологии

+

Эксцизионная (> пункционной!)
биопсия л.у.

Наблюдение за пациентами 3-4 недели

-

Разрешение ЛАП

Сохранение ЛАП

Периодическое наблюдение

Возраст на момент дебюта ЛАП

- важный прогностический фактор
возможного злокачественного поражения
- биопсия л.у. 925 пациентов с ЛАП:
 - до 30 лет – доброкачественная ЛАП у 79%
 - 31-50 лет – у 59%
 - 51-80 лет – у 40%

Lee, et al. J Surg Oncol 1980; 14: 53-60

- пороговый возраст, ассоциированный с
риском выявления «злокачественной»
ЛАП – 40-50 лет

Fijten, et al. J Fam Pract 1988; 27: 373-6

Abba, et al. Saudi Med J 2003; 24: 769-73

Анамнез: ключевые вопросы

1. Имеются ли локальные признаки инфекции или новообразования в определенной области? — *исследуем в первую очередь пораженный регион*
2. Имеются ли конституциональные симптомы: лихорадка, потеря веса, ночные поты, слабость, зуд кожи? — *предполагаем системный процесс (лимфома? инфекция с генерализованным течением? системное заболевание соединительной ткани?)*
3. Особенности эпиданамнеза, включая путешествия, профессиональный анамнез и поведение высокого риска?
4. Нет ли приема ЛС, вызывающих лимфаденопатию?
5. Длительность существующей лимфаденопатии?

Особенности эпиданамнеза

Экспозиция	Диагноз
Кошки	Феллиноз, токсоплазмоз
Сырое мясо	Токсоплазмоз
Укус клеща	Клещевой боррелиоз, туляремия
Туберкулез	Туберкулезный лимфаденит
Гемотрансфузии, трансплантация	ЦМВ, ВИЧ, ОВГ В
Особенности сексуального поведения	ВИЧ, сифилис, ВПГ 2, ЦМВ, ОВГ В
В/в введение ПАВ	ВИЧ, эндокардит, ОВГ В

Особенности эпиданамнеза

Экспозиция	Диагноз
Охота	Туляремия
Рыболовство, торговля рыбой, работа на скотобойне	Эризипеллоид
Путешествия	
Центральная или Западная Африка	Африканский трипаносомоз
Центральная или Южная Америка	Американский трипаносомоз
Восточная Африка, Средиземноморье, Китай, Латинская Америка	Кала-азар (лейшманиоз)
Мексика, Перу, Чили, Индия, Пакистан, Египет, Индонезия	Брюшной тиф
Юго-восточная Азия, Индия, Северная Австралия	Сыпной тиф

ЛС, ассоциированные с развитием лимфаденопатии

- аллопуринол
- атенолол
- каптоприл
- карбамазепин
- цефалоспорины ($\pm$ лихорадка, артралгия, сыпь)
- бензилпенициллин ($\pm$ лихорадка, артралгия, сыпь)
- фенитоин
- пириметамин
- хинидин
- сульфаниламиды ($\pm$ лихорадка, артралгия, сыпь)

Длительность ЛАП

- ЛАП длительностью до 2 недель и свыше 1 года без прогрессирующего увеличения размеров пораженных л.у. имеет крайне низкий риск быть неопластической
- но!
 1. В большинстве случаев пациент не может достоверно указать длительность имеющейся ЛАП (длительность «безопасной» ЛАП ?)
 2. ЛГМ и НХЛ низкой степени злокачественности, хронический лимфолейкоз характеризуются длительной ЛАП свыше 1 года

Описание измененного л.у. должно включать 5 характеристик:

- размер
- болезненность
- консистенция
- отношение с другими л.у. и с
окружающими тканями
- локализация

Описание измененного л.у. должно включать 5 характеристик:

- размер
- болезненность
- консистенция
- отношение с другими л.у. и с
окружающими тканями
- локализация

Размер л.у.

- нормальные л.у. обычно менее 1 см (исключения: паховые л.у. - до 1,5 см, локтевые – не более 0,5 см)
- пальпируемые надключичные, подвздошные или подколенные л.у. любого размера – патологические
- размер л.у.
 - до 1 см – 0% выявленных злокачественных новообразований
 - 1,0-2,25 см – 8%
 - > 2,25 см – 38%

Pangalis, et al. Semin Oncol 1993; 20:570-82

- размер л.у. > 2 см в диаметре являлся прогностическим фактором гранулематозного или неопластического поражения

Slap, et al. JAMA 1984; 252: 1321-6

Описание измененного л.у. должно включать 5 характеристик:

- размер
- **болезненность**
- **консистенция**
- отношение с другими л.у. и с
окружающими тканями
- **локализация**

Болезненность л.у.

- чаще характерна для доброкачественных поражений л.у. (воспаление или нагноение)
- развивается как следствие растяжения капсулы л.у. быстро формирующимся экссудатом
- ! редко, но возможна в случае mts как следствие кровоизлияния в некротический центр озлокачествленного л.у.

Описание измененного л.у. должно включать 5 характеристик:

- размер
- болезненность
- **консистенция**
- отношение с другими л.у. и с окружающими тканями
- локализация

Консистенция л.у.

- каменистая — метастазы сг
- резиновая (каучукоподобная) — лимфома
- мягко-эластичная — инфекция
- флюктуирующая — нагноение

Описание измененного л.у. должно включать 5 характеристик:

- размер
- болезненность
- консистенция
- отношение с другими л.у. и с
окружающими тканями
- локализация

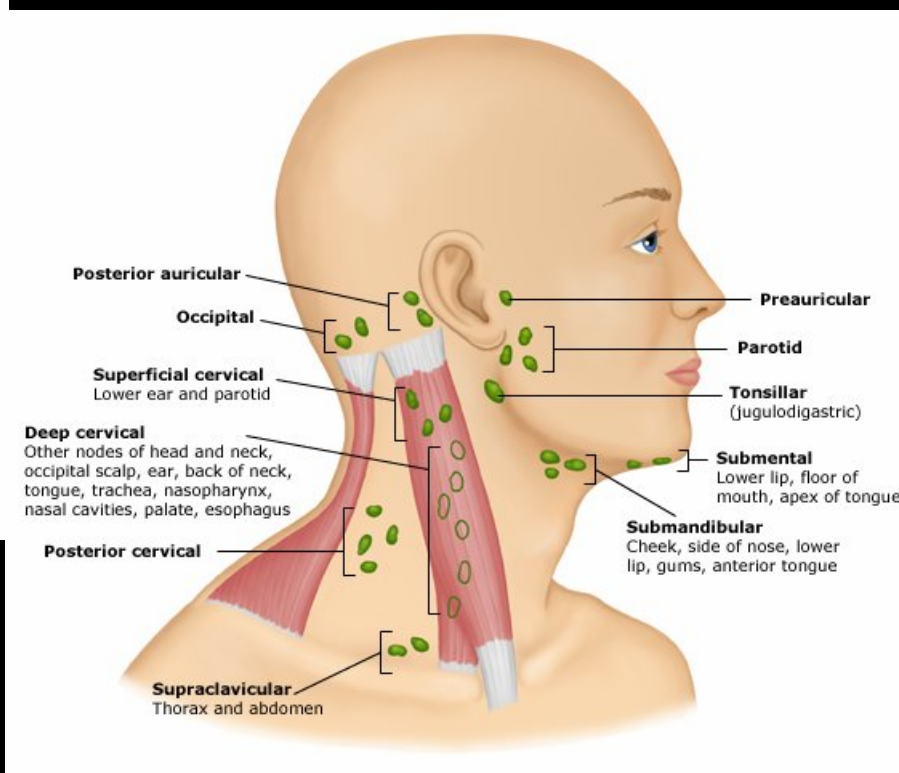
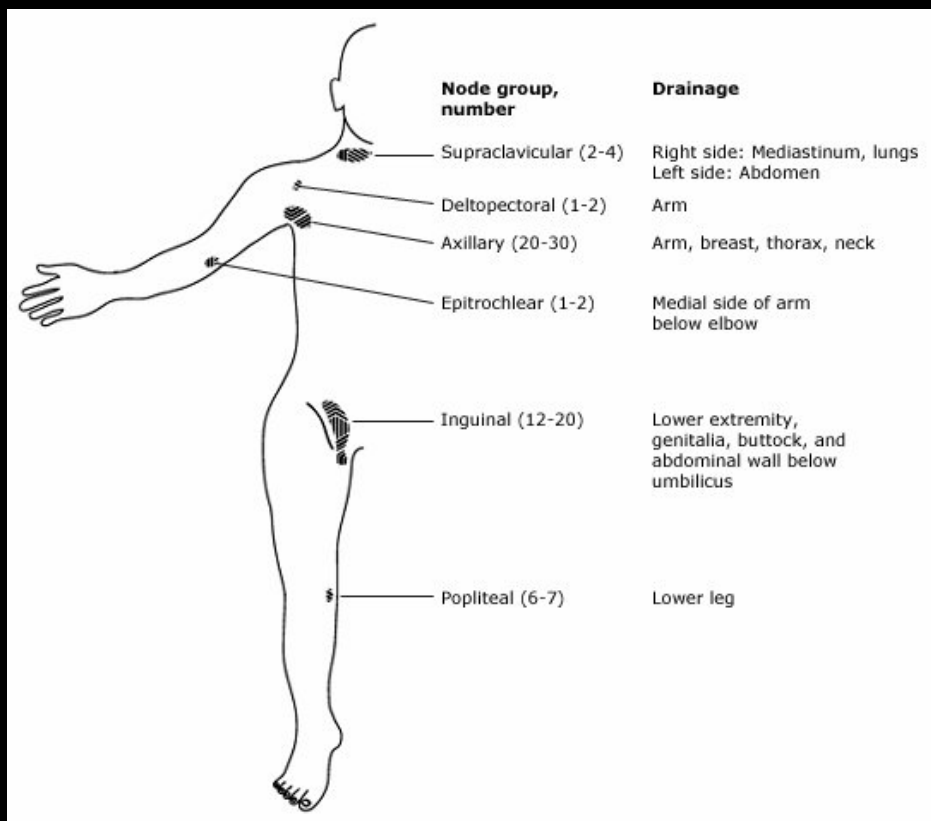
Отношение л.у. относительно других структур

- нормальные л.у. умеренно подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями
- спаянность, конгломераты л.у. — воспалительный процесс с вовлечением прилежащих тканей
- неподвижность л.у. — инвазия в прилежащие ткани при злокачественных поражениях, реже как следствие воспаления

Описание измененного л.у. должно включать 5 характеристик:

- размер
- болезненность
- консистенция
- отношение с другими л.у. и с
окружающими тканями
- локализация

Локализация ЛАП позволяет более детально обратить внимание на определенную область организма



- В случае локализованной ЛАП тщательно исследуем дренируемую область на предмет инфекционного процесса, повреждений кожи или опухолей
- Исследуем также другие группы л.у. (обязательно подчелюстные, передние и задние шейные, надключичные, подмышечные и паховые) для исключения генерализованной ЛАП, определяем размеры селезенки

При обследовании пациентов с впоследствии установленным диагнозом ВИЧ-инфекции только у 17% диагностировалась генерализованная ЛАП, несмотря на ее наличие на момент осмотра

Paauw, et al. JAMA 1995; 274: 1380-2

Подключичная ЛАП – настораживающий симптом!

Риск злокачественной опухоли при
надключичной ЛАП около 90% у лиц старше
40 лет и около 25% у лиц младше 40 лет

Fijten, et al. J Fam Pract. 1988;27:373–6

- ЛАП правого надключичного л.у. - рак средостения, легких, пищевода
- ЛАП левого надключичного л.у. – рак яичек, яичников, желудка, поджелудочной железы, желчного пузыря, почек, предстательной железы

Прогностические системы «злокачественной» ЛАП

A MODAL

Age – возраст

Morphology – морфология

Others – другие (пол, анамнез, ЛС)

Duration – длительность

Associated signs and symptoms –
сопутствующие признаки и симптомы

Location - локализация

Прогностические системы «злокачественной» ЛАП

ALL AGES

Age – возраст

Location – локализация

Length of time present – длительность ЛАП до текущего момента

Associated signs and symptoms – сопутствующие признаки и симптомы

Generalized lymphadenopathy – генерализованная ЛАП

Extranodal associations – экстранодальные проявления

Splenomegaly and Fever – спленомегалия и лихорадка

Формула Vassilakopoulos et al.

- **Возраст:** $X_1=0$, если $<$ или $= 40$ лет или 1 , если > 40 лет
- **Болезненность при пальпации:** $X_2=0$, если отсутствует, и 1 , если имеется
- **Размеры наиболее увеличенного л.у.:** $X_3=0$, если $< 1,0$ см², 1 , если $1,0-3,99$ см², 2 , если $4,0-8,99$ см², 3 , если $>$ или $= 9,0$ см²
- **Генерализованный зуд:** $X_4=1$, если есть, и 0 , если отсутствует
- **Надключичная лимфаденопатия:** $X_5=1$, если имеется, и 0 , если отсутствует
- **Плотность:** $X_6=1$, если л.у. твердый, и 0 в противном случае

$$Z = 5X_1 - 5X_2 + 4X_3 + 4X_4 + 3X_5 + 2X_6 - 6$$

если $Z > 1$, обоснованна биопсия л.у.

Первоначальные методы диагностики

1. Общеклинические исследования крови, мочи
2. БАК (билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, ЛДГ, мочевины, креатинин, глюкоза, амилаза, СРБ, общий белок, альбумин)
3. Рентгенография органов грудной клетки
4. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства $\pm$ малого таза
5. Ультразвуковое исследование измененных л.у. (уточнение их размеров и положения относительно других л.у. и прилежащих тканей)

Перечень исследований для уточнения «вероятной» ЛАП: частые причины

- IgM VCA ВЭБ, РЛА ± ПЦР
- IgM *Toxoplasma gondii*
- IgM CMV ± ПЦР
- ИФА + иммуноблотт ВИЧ
- HBsAg, АЛТ, АСТ
- IgM *B.burgdorferi*
- реакция Райта, Хеддльсона (бруцеллез)
- IgM корь, краснуха
- антикардиолипиновые АТ (RPR): вторичный сифилис
- аутоиммунные маркеры (ANA для СКВ, РФ и anti-CCP для РА, anti-Jo 1 для дерматомиозита)
- бактериологическое исследование (пиогенный стрептококк, гонококк, шанкроид, бруцеллез)
- биопсия с последующей гистологией (феллиноз, туберкулез, лимфома, саркоидоз, амилоидоз)
- стеральная пункция (гемобластозы)

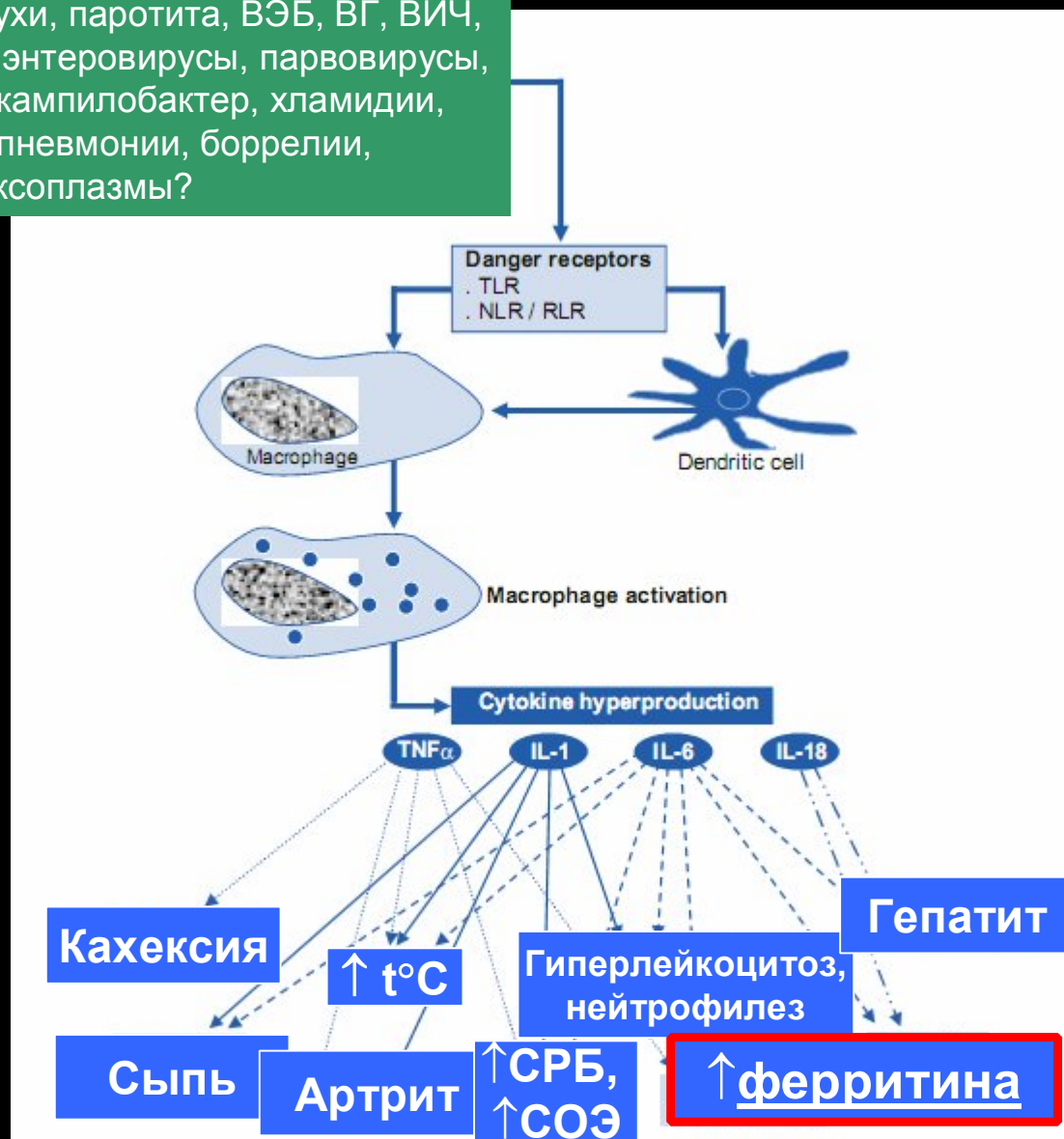
Синдром Стилла у взрослых (Adult-onset Still's disease, AOSD)

- Воспалительное состояние неясного генеза, характеризующееся 4 кардинальными симптомами:
 - всплески лихорадки $\geq 39^{\circ}\text{C}$
 - артралгия или артрит
 - экзантема
 - гиперлейкоцитоз свыше $10 \times 10^9/\text{мл}$ с нейтрофиллезом $> 80\%$

Другие возможные проявления: боли в горле или фарингит, миалгия, лимфаденопатия, спленомегалия, полисерозиты, гепатит

Патогенез синдрома Стилла у взрослых

Вирусы кори, краснухи, паротита, ВЭБ, ВГ, ВИЧ, ЦМВ, аденовирусы, энтеровирусы, парвовирусы, грипп, иерсинии, кампилобактер, хламидии, микоплазмы пневмонии, боррелии, токсоплазмы?

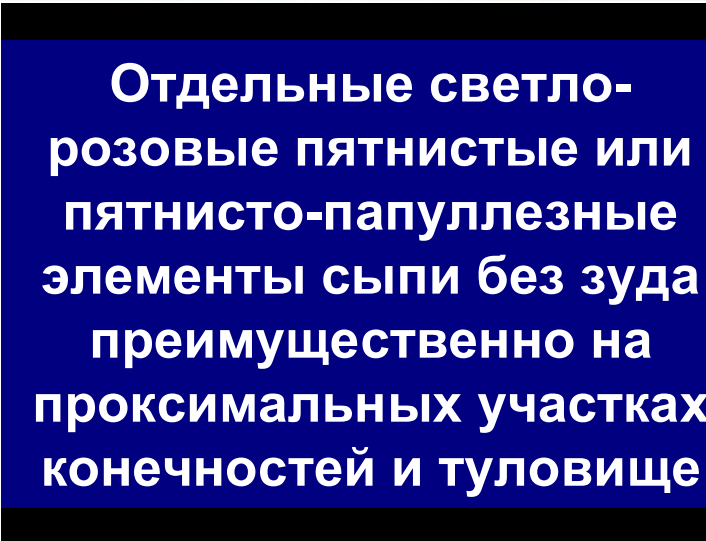


Частота клинических проявлений синдрома Стилла у взрослых по данным 7 исследований

Симптом	Частота (%)
Лихорадка $\geq 39^{\circ}\text{C}$	82-100
Эпизоды в детстве	10-15
Артралгия	95-100
Артрит	72-100
Экзантема	77-100
Боли в горле или фарингит	35-92
Миалгия	38-84
Лимфаденопатия/спленомегалия	35-71
Плеврит или перикардит	20-25
Лейкоцитоз $\geq 10 \times 10^9/\text{л}$	89-94
Нейтрофиллез $\geq 80\%$	83-88
Анемия $\leq 100 \text{ г/л}$	50-75
Повышение трансаминаз	43-76



**Сыпь транзиторная,
наиболее четка видна во
время приступов
лихорадки**



**Отдельные светло-
розовые пятнистые или
пятнисто-папулезные
элементы сыпи без зуда
преимущественно на
проксимальных участках
конечностей и туловище**

Лабораторные отклонения

- лейкоцитоз $10-15 \times 10^9/\text{л}$, вплоть до $50 \times 10^9/\text{л}$
- $\uparrow\uparrow$ СОЭ и СРБ, $\uparrow$ прокальцитонин
- повышение трансаминаз
- гиперферритинемия, снижение уровня гликозилированного ферритина
- иногда коагулопатия, гемофагоцитарный синдром

Review Article

Ferritin in Adult-Onset Still's Disease: Just a Useful Innocent Bystander?

Bella Mehta¹ and Petros Efthimiou^{1,2}

Определение уровня ферритина является многообещающим маркером, коррелирующим с развитием и степенью выраженности синдрома Стилла у взрослых

По сравнению с другими аутоиммунными заболеваниями уровень ферритина в случае синдрома Стилла был значительно выше (в среднем в 5 раз и более верхней границы нормы) и уменьшался при назначении адекватной патогенетической терапии

TABLE 3: Hyperferritinemia in Adult-Onset Still's Disease patient cohorts ($n \geq 4$).

Name	Year	Number of patients	Results
Zandman-Goddard and Shoenfeld [34] (Israel)	2008	403 autoimmune disease patients	Hyperferritinemia in 23% SLE patients, 15% dermatomyositis, 8% multiple sclerosis, 4% rheumatoid arthritis
da Costa et al. [35] (Brazil)	2011	150 multiple sclerosis patients	8% of MS patients had hyperferritinemia
Lian et al. [36] (China)	2010	48 AOSD patients and 86 non-AOSD patients	Significantly higher levels of hyperferritinemia in AOSD
Fautrel et al. [37] (France)	2001	49 AOSD and 120 control group patients	Mean ferritin level was significantly higher in AOSD than in control group
Sobieska et al. [38] (Poland, Germany, Switzerland, France)	1998	27 AOSD and 10 pediatric Still's Disease patients.	Mean ferritin level was significantly higher in AOSD than children
Schiller et al. [39] (Austria)	1998	4 AOSD patients	All ferritin levels >5000 ng/mL
Vignes et al. [40] (France)	2000	14 AOSD patients	Mean ferritin level was 6350 ng/mL
Uppal et al. [41] (Kuwait)	2007	28 AOSD patients	Hyperferritinemia in 89% patients
Choi et al. [42] (Korea)	2003	17 AOSD patients	Hyperferritinemia in 14 patients
Arlet et al. [43] (France)	2006	6 AOSD patients with haemophagocytic syndrome	Serum ferritin level above 10,000 ng/mL in 5 patients
Coffernils et al. [44] (Belgium)	1992	10 AOSD patients	Hyperferritinemia in 8 patients
Ota et al. [45] (Japan)	1987	5 AOSD patients, 7 RA patients	Mean ferritin levels in AOSD were 21,565 ng/mL, whereas, in RA, mean levels were 181 ng/mL
Baxevasanos et al. [46] (Greece)	2011	22 AOSD patients	Hyperferritinemia in 21 patients
Akritidis et al. [47] (Greece)	1997	9 AOSD patients	8 patients had ferritin levels above 4000 ng/mL
Montecucco et al. [48] (Italy)	1995	4 AOSD patients, 7 RA patients	All 4 AOSD patients had hyperferritinemia and had mean ferritin greater than RA patients
Van Reeth et al. [49] (France)	1994	20 AOSD patients	Ferritin levels are higher in active AOSD than in inactive AOSD

Классификационные критерии Yamaguchi

- Большие:

- лихорадка $\geq 39^{\circ}$ более 1 недели
- артралгии более 2 недель
- типичные элементы сыпи
- лейкоцитоз $\geq 10 \times 10^9/\text{л}$ с нейтрофиллезом $\geq 80\%$

- Малые:

- боли в горле или фарингит
- ЛАП и/или спленомегалия
- повышение трансаминаз
- отрицательный РФ и ANA

- Критерии исключения:

- отсутствие инфекции, в особенности ВЭБ-инфекции и сепсиса
- отсутствие злокачественных новообразований, особенно лимфомы
- отсутствие других воспалительных заболеваний, особенно узелкового полиартериита

Минимум 5 критериев, включая 2 больших, и ни одного критерия исключения (чувствительность 96,2%, специфичность 92,1%)

Дифференциальный диагноз

Table 2. Main differential diagnoses of adult-onset Still disease.

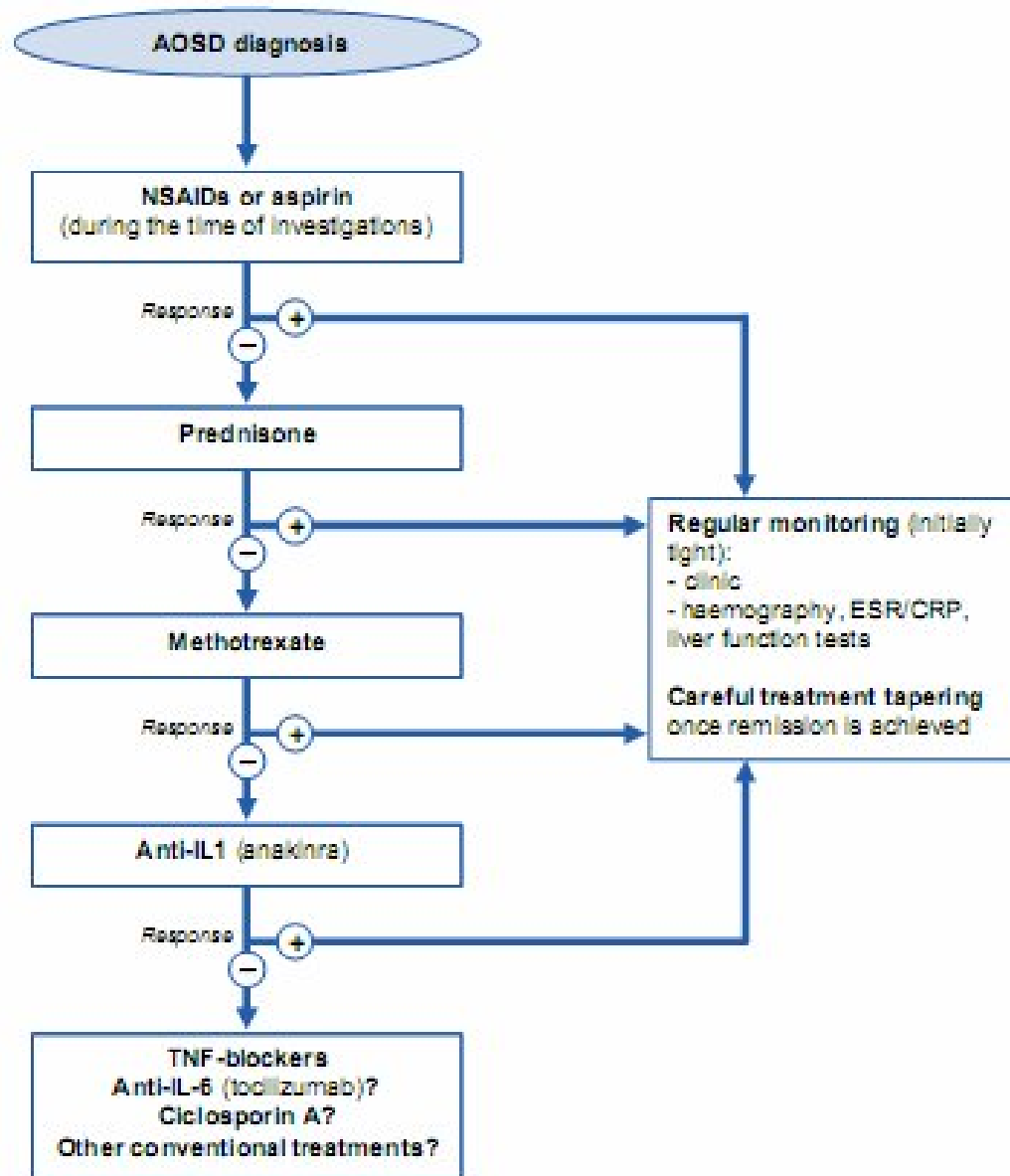
Infectious diseases

Pyogenic bacteria septicaemia
Infectious endocarditis
Biliary, colic or urinary occult infection
Brucellosis, tuberculosis, yersiniosis
Viral hepatitis

На сегодняшний день синдром Стилла у взрослых остается диагнозом исключения

Post-streptococcal arthritis or other reactive arthritis
Polymyositis, dermatopolymyositis, systemic lupus
Seronegative rheumatoid arthritis
Sweet syndrome
Hereditary auto-inflammatory syndromes
Whipple disease
Sarcoidosis
Drug-related hypersensitivity syndrome or pseudo-lymphoma
Schnitzler syndrome

Тактика терапии



Заключение

- Большинство причин ЛАП удастся установить на основании тщательно собранного анамнеза и физикального обследования $\pm$ минимального лабораторно-инструментального исследования
- В случае локализованной ЛАП возможна выжидательная тактика в течение 3-4 недель
- В случае генерализованной ЛАП, а также локализованной, но с «настораживающими» симптомами (конституциональные симптомы, надключичные л.у., возраст) – биопсия л.у. (эксцизионная > пункционной)
- Случаи неясной ЛАП, даже разрешившейся самостоятельно, должны наблюдаться в динамике
- Необходим мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с неясной ЛАП (инфекционист, онколог, гематолог, ревматолог, специалисты лабораторной и инструментальной диагностики)



Кафедра инфекционных болезней БГМУ

- [Главная](#)
- [Форум](#)
- [История кафедры](#)
- [Сотрудники](#)
- [Основные направления деятельности кафедры](#)
- [Учебно-методическая работа](#)
- [Научно-исследовательская работа](#)
- [Лечебно-консультативная работа](#)
- [Воспитательная работа](#)
- [Студенческий научный кружок](#)
- [Информация для студентов](#)
- [Информация для интернов](#)
- [Практикующему врачу](#)

Материалы для подготовки к клиническим разборам в
Городской клинической инфекционной больнице

*Клинический случай 1: лейкемоидная реакция с
гиперэозинофилией*

Состояния, сопровождающиеся гиперэозинофилией без поражения
определенных органов и систем

Состояния, сопровождающиеся гиперэозинофилией с
преимущественным поражением определенных органов

*Клинические случаи 2: лимфаденопатия в практике
инфекционных болезней*

Патологические состояния, сопровождающиеся локализованной
лимфаденопатией

Патологические состояния, сопровождающиеся генерализованной
лимфаденопатией



Кафедра инфекционных

Материалы для практических занятий

В данном разделе будут предложены материалы, которые не являются строго обязательными для изучения, однако могут значительно улучшить понимание отдельных вопросов предмета.

2 0

Понедельник, 21.01.2013, 23:59
 Тема: Введение в инфекционные боле...
 Сообщение от: **Nikita1984**

Консультативный раздел для врачей

Форум	Темы	Ответы	Обновления
Диагностика инфекционных заболеваний Уважаемые коллеги! В данном разделе Вы можете спросить интересующие Вас аспекты обследования пациентов с тем или иным предполагаемым инфекционным заболеванием.	0	0	Нет сообщений
Лечение инфекционных заболеваний Уважаемые врачи! В данном разделе у Вас есть возможность уточнить лечение "трудных" пациентов с инфекционными заболеваниями любой локализации с помощью этиотропных и патогенетических средств.	0	0	Нет сообщений
Клинические разборы в ГКИБ: обсуждаем алгоритмы диагностики	1	0	Понедельник, 18.02.2013, 23:42 Тема: Алгоритм тактики ведения пац... Сообщение от: Nikita1984

- Главная
- Форум
- История кафедры
- Сотрудники
- Основные направления деятельности кафедры
- Учебно-методическая работа
- Научно-исследовательская работа
- Лечебно-консультативная работа
- Воспитательная работа
- Студенческий научный кружок
- Информация для студентов
- Информация для интернов
- Практикующему врачу

[[Личные сообщения\(0\)](#) · [Новые сообщения](#) · [Участники](#) · [Правила форума](#) · [Поиск](#) · [RSS](#)]

Страница 1 из 1 **1**

new topic new poll

Форум » [Консультативный раздел для врачей](#) » Клинические разборы в ГКИБ: обсуждаем алгоритмы диагностики

Фильтр по:

Клинические разборы в ГКИБ: обсуждаем алгоритмы диагностики

[Подписаться на форум]

Тема	Ответы	Просмотры	Автор темы	Обновления
Алгоритм тактики ведения пациентов с эозинофилией	0	4	Nikita1984	Вчера, 23:42 Сообщение от: Nikita1984

В этом форуме 1 тем. На странице показано 1 тем.

Форум просматривают: **Nikita1984**